



TERMO DE RESPONSABILIDADE - RECICLAGEM

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu,
Dr.(a) Rimata Rodrigues Barbosa Salomão,
portador do CRO 39794 me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação on-line
e declaro que estou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser submetidos à liberação
online conforme instruções contidas no *Manual do Credenciado Odontolife*.

Afirmo que estou ciente que foi sanado principais dúvidas de execução de processos ao assinar este termo
e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no
sistema de liberações.

Como representante neste treinamento, eu, Layanne Caralcanti B. Silveira declaro
tê-lo recebido em 27/01/2025, para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os
conteúdos apresentados abaixo:

- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Validação de Token.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: Maria Luísa

		MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
MINISTRANTE	DIDATICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	SEQUENCIA LÓGICA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TREINAMENTO	PERIODO DE TREINAMENTO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	MATERIAL DA APRESENTAÇÃO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	FUNCIONALIDADE DO SISTEMA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações: _____

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2025.
Cidade/UF _____ Dia _____ Mês _____ Ano _____

Rimata Salomão
Assinatura